

Zadośćuczynienie/a

Szkody będące następstwem udzielania przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych mogą mieć charakter wielowymiarowy i uzasadniać żądanie rekompensat opartych na szeregu podstaw prawnych. – JOLANTA BUDZOWSKA

To, że relacje pacjent – podmiot leczniczy, analizowane na płaszczyźnie odpowiedzialności deliktowej, stają się coraz bardziej skomplikowane, jest faktem. To samo zdarzenie może stać się podstawą roszczeń pacjenta wywodzonych z Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: UPPiRPP), z art. 445 § 1 k.c. i z art. 448 k.c. Już w wyroku z 29 maja 2007 r. (sygn. akt: V CSK 76/07, OSN 2008, nr 7–8, poz. 91) Sąd Najwyższy opowiedział się za poglądem potwierdzającym samodzielność i niezależność obu roszczeń o zadośćuczynienie, mających odrębne podstawy prawne: z art. 445 § 1 k.c., który rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i z art. 19a Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który miał odmienny przedmiot ochrony prawnej, bowiem chroni przede wszystkim godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Ta linia orzecznicza umocniła się na przestrzeni kolejnych lat (por. wyrok SN z 3 grudnia 2009 r., sygn. akt: II CSK 337/09, wyrok SN z 22 września 2011 r., sygn. akt: V CSK 401/10). W wyroku z 27 kwietnia 2012 r. (sygn. akt: V CSK 142/11) Sąd Najwyższy podkreślił dodatkowo odmienną funkcję obu roszczeń: kompensacyjnej pierwszego z nich i dyscyplinująco-kompensacyjnej drugiego. Zaakcentował także okoliczność, że do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoznacznego wystąpienia takiej szkody.

Problem relacji między zadośćuczynieniem z art. 445 § 1 k.c. a zadośćuczynieniem związanym z naruszeniem praw pacjenta, do którego ma zastosowanie art. 448 k.c., nie jest więc nowy w praktyce orzeczniczej. Wydawałoby się zatem, że poglądy wyrażone dotąd w judykaturze pozwalają na właściwą kwalifikację prawną każdego stanu faktycznego leżącego u podstaw odpowiedzialności sprawcy i mogą, a nawet powinny w praktyce prowadzić do precyzyjnego określenia zasad odpowiedzialności osób zobowiązanych do naprawienia szkody za



Jolanta Budzowska jest radcą prawnym zajmującym się sprawami o błąd medyczny, partnerem w kancelarii BFP oraz członkiem Komisji Praw Człowieka przy KRRP.

wiązanych do naprawienia szkody za odrębne, choć nierzadko będące elementem tego samego zdarzenia, czyny bezprawne. Samodzielność obu roszczeń nie jest bowiem wyłączona w przypadku, gdy podmiot uprawniony do świadczenia pielęgnacyjnego, którym w przypadku ustawy o działalności leczniczej jest „pacjent”, jest jednocześnie „poszkodowanym” w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

I BŁĄD, I NARUSZENIE

Istotnie, można przyjąć, że podział ten (na zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. i art. 448 k.c. w zw. z art. 4 UPPiRPP) ma obecnie w orzecznictwie charakter utrwalaony, przede wszystkim jednak wówczas, gdy jest on dychotomiczny, np. dane zdarzenie stanowiło z jednej strony błąd medyczny – np. wadliwie zespolono złamanie, a jednocześnie w trakcie udzielania świadczeń medycznych naruszono prawo pacjenta do odpowiedniego prowadzenia jego dokumentacji medycznej lub prawo do poszanowania intymności i godności, w sposób niewywierający bezpośredniego wpływu na poziom udzielonych świadczeń medycznych. W takim przypadku ustalenie „odpowiedniego” zadośćuczynienia związanego ze spowodowanym uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia i kolejnego w konsekwencji stwierdzonego naruszenia poszczególnych praw pacjenta nie nastrocza szczególnych trudności, może poza brakiem dorobku orzecznictwa w zakresie wysokości rekompensaty wyłącznie za naruszenie szeroko pojętej autonomii pacjenta. Nieliczne orzeczenia pozwalają szacować te roszczenia na kwoty w przedziale 5–50 tys. zł, a ten-

dencja jest wyraźnie wzrostowa i wypełnia wskazówki Sądu Najwyższego, który m.in. w motywach wyroku z 23 maja 2002 r., (sygn. akt IV CKN 1076/00), stwierdził, że dobra osobiste są czymś szczególnie cennym, trzeba więc dążyć do zapewnienia ich ochrony w każdym przypadku, w którym odniesiony uszczerbek znajduje potwierdzenie nie tylko w odczuciu samego zainteresowanego, lecz także w zobiektywizowanej ocenie zewnętrznej.

NARUSZENIE, ALE NIE WINA

Sytuacja komplikuje się jednak w przypadku, gdy mamy do czynienia z zawinionym naruszeniem prawa do informacji i prawa do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, a jednocześnie nie można przypisać sprawcy odpowiedzialności z art. 445 § 1 k.c. z uwagi na brak winy w udzielaniu świadczeń medycznych (szkoda na zdrowiu jest typowym powikłaniem) lub adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem podmiotu leczniczego a szkodą (np. nie można nawet z przeważającym prawdopodobieństwem wykazać, że gdyby leczenie przebiegało prawidłowo, to stan pacjenta byłby lepszy). W takich sytuacjach w orzecznictwie zarysowują się dwa kierunki.

Pierwszy to sytuacja, gdy w razie braku „poinformowanej” zgody pacjenta interwencja medyczna wykonywana jest w warunkach odpowiedzialności lekarza na zasadzie zbliżonej do ryzyka, gdyż pacjent nie zaakceptował ryzyka zabiegu i nie przejął go na siebie. W takiej sytuacji każde powikłanie, także niezawinione w aspekcie aktualnej wiedzy medycznej, rodzi odpowiedzialność lekarza, pacjent nie wyraził bowiem zgody na naruszenie jego integralności fizycznej w takim zakresie, w jakim faktycznie do takiego naruszenia doszło (np. uszkodzenie dróg żółciowych podczas cholelastyktomii). Przy takim podejściu podstawą odpowiedzialności podmiotu leczniczego pozostaje art. 445 § 1 k.c., zasadne są także wykazane dalsze roszczenia odszkodowawcze, warunkiem jest jednak udowodnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy interwencją

medyczną a szkodą na zdrowiu. W omawianej sytuacji wydaje się, że przepis ten niejako konsumuje uprawnienia pacjenta z art. 4 UPPiRPP w zw. z art. 448 k.c., ponieważ faktycznym źródłem szkody i w efekcie roszczeń będzie ten sam delikt: naruszenie prawa do informacji i wyrażenia świadomej zgody na leczenie.

WINA BEZ DOWODU

Inna jest sytuacja, gdy mamy do czynienia z deliktem (wina w leczeniu: brak staranności, sprzeczność z aktualną wiedzą medyczną), występuje szkoda na zdrowiu pacjenta, ale poszkodowany nie sprostał ciężarowi dowodu w zakresie wykazania adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego między zdarzeniem a szkodą. Powstanie szkody oraz udowodnienie winy lekarza nie powoduje bowiem jego automatycznej odpowiedzialności. Między szkodą a zdarzeniem, z którym ustawa wiąże odpowiedzialność, musi istnieć związek przyczynowy, należy przy tym jednak pamiętać o braku obowiązku udowodnienia takiego związku „bez reszty” (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 lipca 1967 r., sygn. akt I PR 174/67), w sposób absolutnie pewny. Nie budzi kontrowersji pogląd, że w tzw. procesach medycznych wystarczające jest wykazanie „przeważającego”, „wysokiego” prawdopodobieństwa wystąpienia danego skutku przy określonych działaniach lub zaniechaniach, gdyż wykazanie pewnego związku przyczynowego jest często niemożliwe. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Krakowie: *Specyfikacja spraw o zadośćuczynienie strat i krzywd u pacjentów placówek zdrowia w związku z zaordynowanym im sposobem leczenia wyraża się m.in. w tym, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia tego pacjenta a działaniem (zaniechaniem) pracowników tej placówki. Niedoskonłość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku* (wyrok z 21 marca 2000 r., I ACa 192/00).

W przypadku jednak, gdy nawet mimo tych złagodzonych wymogów dowodowych pacjent nie udowodni, że szkody na jego zdrowiu są w sposób pewny następstwem winy w leczeniu, orzecznictwo sięga do dwóch przepisów: art. 4 UPPiRPP w zw. z art. 448 k.c. – gdzie naruszoną dobrem osobistym jest prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 UPPiRPP) i prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych

z należytą starannością (art. 8 UPPiRPP). W takich sytuacjach w orzecznictwie, gdy szkody na zdrowiu są poważne, daje się zauważyć tendencja do zasądzenia stosunkowo wysokiego zadośćuczynienia (por. wyrok SA w Krakowie z 4 czerwca 2013 r., sygn. akt I Aca 1159/12 – 70 tys. zł, wyrok SA w Szczecinie z 17 czerwca 2009 r., sygn. akt I Aca 771/08 – 150 tys. zł, wyrok SA w Gdańsku z 24 maja 2012 r., sygn. akt V Aca 490/12k – 150 tys. zł). Trend ten należy ocenić pozytywnie, szczególnie w kontekście – z jednej strony – konieczności nie tracenia z pola widzenia tego, że mamy do czynienia z dobrem najważniejszym: życiem i zdrowiem człowieka, a z drugiej strony, że pozycja procesowa poszkodowanego pacjenta pozostaje nadal ułomna i to mimo złagodzenia wymogów w zakresie pewności adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego. Należy przy tym pamiętać, że przyjęcie tej podstawy prawnej (jako wyłącznej) wyklucza możliwość zasądzenia dalszych roszczeń odszkodowawczych (renty, odszkodowania, wyłożenia z góry kosztów przyszłego leczenia itp.). Taka konstrukcja pozwala jednak – w danym stanie faktycznym – na realizację zasady dążenia do zapewnienia poszkodowanemu pełnej i odpowiedniej rekompensaty. Na marginesie warto przy tym wspomnieć, że art. 448 k.c. może być także samodzielną podstawą zasądzenia poszkodowanemu zadośćuczynienia, kiedy naruszoną dobrem osobistym jest np. prawo do życia rodzinnego, a więc dobro spoza enumearywnego katalogu UPPiRPP, choć ta sytuacja dotyczy najczęściej osób bliskich bezpośrednio poszkodowanego (odnośnie do tzw. nowych dóbr osobistych por. uchwała SN z 22 października 2010 r., sygn. akt III CZP 76/10, wyrok SN z 14 stycznia 2010 r., sygn. akt IV CSK 307/09, wyrok SN z 10 listopada 2010 r., sygn. akt II CSK 248/10, wyrok SA w Łodzi z 15 lipca 2010 r., I ACa 437/10).

KOMPLIKACJE

Zasadnicze rozróżnienie zadośćuczynienia na należne na podstawie art. 445 § 1 k.c. i art. 448 k.c. (w zw. z art. 4 UPPiRPP lub samodzielnie) może ulec jednak skomplikowaniu, gdy podział ten straci charakter dychotomiczny, a zyska wymiar wieloczołonowy. Przyjmijmy, że mamy do czynienia z błędem diagnostycznym w stosunku do pacjentki będącej w 30. tygodniu ciąży. Na skutek zaniechania leczenia mającego na celu podtrzymanie ciąży, drogą cięcia cesarskiego rodzi się martwe dziecko, które byłoby zdolne do samodzielnego

negocjowania życia poza łonem matki, gdyby nie błąd lekarski. Matka popada w depresję, z uwagi na uraz macicy ma (czasowe) przeciwskazania do zajścia w ciążę. Jakie będą podstawy prawne dla roszczeń matki o zadośćuczynienie? Zastosowanie nie znajdując: art. 445 § 1 k.c. – uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia fizycznego i psychicznego, art. 446 § 4 k.c. – zadośćuczynienie za doznana krzywdę w związku ze śmiercią osoby bliskiej, art. 448 k.c. – naruszenie dóbr osobistych – m.in. prawa do planowania rodziny, art. 4 UPPiRPP w zw. z art. 448 k.c. – w związku z naruszeniem praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej. Sąd orzekający w takiej sprawie powinien szczegółowo przeanalizować wieloaspektowy charakter szkody pacjentki i zasądzić odrębne kwoty tytułem zadośćuczynienia na podstawie poszczególnych tytułów, bez wątplenia bowiem każdy z nich rodzi prawo do rekompensaty i mógłby być podstawą samodzielnego powództwa.

W nieco zbliżonym stanie faktycznym orzeczenie wydał 11 lutego 2014 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie (sygn. akt. ACa 1477/13), jakkolwiek nie odnosi się ono do roszczeń wywodzonych z błędu medycznego. Sąd ten stanął na – odmiennym do prezentowanego wyżej – stanowisku, że nie jest możliwe rozdzielenie krzywdy, jakiej [powódka] doznała z tytułu uszkodzenia ciała, od tej jaka wynika z zerwania coraz silniejszej więzi łączącej ją z nienarodzonym dzieckiem. Wyrok ten został jednak – słusznie – zmieniony po jego uchyleniu przez SN. W orzeczeniu z 23 października 2002 r. (sygn. akt II CKN 1185/00) Sąd Najwyższy stwierdził, iż w przypadku istnienia kilku współprzyczyn szkody, z reguły ściśle ich rozdzielenie nie jest możliwe, dlatego w świetle art. 361 § 1 k.c., wystarczy ustalenie z dużym stopniem prawdopodobieństwa, jaki był wpływ każdej z nich na powstanie szkody. Podobnie należy analizować sytuację, gdy konsekwencją jednej przyczyny sprawczej jest kilka szkód, uzasadniających odrębne środki naprawcze. W podsumowaniu stwierdzić należy, że szkody będące następstwem udzielania przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych mogą mieć charakter wielowymiarowy i uzasadniać żądanie rekompensat opartych na szeregu podstaw prawnych. Siłą rzeczy prowadzi to do zwiększenia zasądzonego zadośćuczynienia, skoro przedmiotem orzekania – bezpośrednio lub pośrednio – pozostaje naruszenie dóbr najcenniejszych: zdrowia i życia ludzkiego. □